Deutscher Bundestag **Drucksache 19/4250**

19. Wahlperiode 12.09.2018

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/3983 –

Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zum Verzicht auf gesetzlich vorgeschriebene Abrechnungsprüfungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Presseberichten ist zu entnehmen, dass dem Bundesministerium für Gesundheit seit Juli 2018 ein Prüfbericht des Bundesrechnungshofes vorliegt (vgl. DER SPIEGEL vom 4. August 2018, „Rechnungshof rügt fehlende Kontrolle“). In diesem werden zum Teil schon seit 2008 bestehende individuelle Sondervereinbarungen von Krankenkassen mit Krankenhäusern kritisiert, die pauschale Rechnungskürzungen seitens der Kassen und im Gegenzug den Verzicht auf die verpflichtende Prüfung von Klinikabrechnungen zum Inhalt haben. Diese Vereinbarungen seien nach Ansicht des Bundesrechnungshofes „nicht zulässig“, weil ihnen die notwendige gesetzliche Grundlage fehle (vgl. DER SPIEGEL vom 4. August 2018). Die Vereinbarungen seien zudem wettbewerbsverzerrend gegenüber kleineren Krankenkassen, die solche Vereinbarungen mangels Verhandlungsmacht nicht abschließen könnten. Außerdem komme es zu Fehlern bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems sowie bei den morbiditätsorientierten Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds (vgl. Handelsblatt.com vom 3. August 2018)

Der Bundesrechnungshof verweist Pressemeldungen zufolge in seinem Bericht auch auf ähnliche Erkenntnisse des Bundesversicherungsamtes (vgl. Handelsblatt.com vom 3. August 2018). Das Bundesversicherungsamt (BVA) habe das zuständige Bundesministerium für Gesundheit bereits 2016 informiert. Dieses habe die Sondervereinbarungen zwar kritisch gesehen, aber eine gesetzliche Änderung nicht für notwendig gehalten. Zugleich habe das BVA versucht, bei der 90. und bei der 92. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger eine gemeinsame ablehnende Bewertung dieser Praxis durch die Aufsichtsbehörden der Länder zu erreichen. Dies sei nicht gelungen, so dass das BVA von eigenen aufsichtsrechtlichen Maßnahmen gegenüber bundesunmittelbaren Krankenkassen abgesehen habe (vgl. Handelsblatt.com vom 3. August 2018). Das zeigt aus Sicht der fragestellenden Fraktion erneut, dass eine Reform der Aufsicht über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit dem Mindestziel einer einheitlichen Aufsichtspraxis überfällig ist (vgl. Bundestagsdrucksache 18/9993).

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 10. September 2018 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Der Bundesrechnungshof hat bereits 2010 auf fehlerhafte Abrechnungen hingewiesen und Vorschläge für deren Vermeidung unterbreitet (vgl. Bundesrechnungshof, Bemerkungen 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes – Weitere Prüfungsergebnisse, Teil II Einzelne Prüfungsergebnisse, Bundesministerium für Gesundheit). Er sieht auch in seinem neuen Prüfbericht verschiedene Ursachen für die Fehlentwicklungen wie beispielsweise ein komplexer werdendes Abrechnungssystem sowie fehlende Anreize für korrektes Abrechnungsverhalten auf Seiten der Krankenhäuser (vgl. Handelsblatt.com vom 3. August 2018). Der Rechnungshof empfiehlt dem zuständigen Bundesministerium für Gesundheit in seinem Bericht, falsch abrechnende Krankenhäuser zu bestrafen (vgl. FAZ vom 4. August 2018, „Krankenkassen schenken Kliniken Geld“). Des Weiteren schlägt der Bundesrechnungshof eine grundlegende Reform der Abrechnungsprüfung durch Krankenkassen (vgl. FAZ vom 4. August 2018) vor und bittet das Bundesministerium für Gesundheit, auf die hierzu erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen hinzuwirken.

Zugleich bittet der Rechnungshof den Pressemeldungen zufolge darum, darauf hinzuwirken, dass „alle Krankenkassen von ihren Aufsichtsbehörden aufgefordert werden, die beschriebene Form der rechtswidrigen Vereinbarung zu kündigen und künftig nicht mehr zu schließen“ (vgl. Handelsblatt.com vom 3. August 2018).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Dem Bundesministerium für Gesundheit liegt seit Jahresmitte eine vorläufige Mitteilung des Bundesrechnungshofes über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft diese Mitteilung zur Zeit und wird fristgerecht Stellung nehmen. Die Frist zur Stellungnahme dauert noch an.

Das Bundesministerium für Gesundheit wurde im Jahr 2016 vom Bundesversicherungsamt darüber informiert, dass eine bundesunmittelbare Krankenkasse Sondervereinbarungen mit Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung von Krankenhäusern abgeschlossen habe. Das Bundesministerium für Gesundheit betrachtet Sondervereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnungen dieser Krankenhäuser, die unabhängig von der Wirtschaftlichkeit erbachter Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Krankenhausabrechnung erhoben werden, sehr kritisch. Entsprechendes wurde gegenüber dem Bundesversicherungsamt zum Ausdruck gebracht.

In der Vorbemerkung der Fragesteller ist missverständlich dargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine gesetzliche Änderung nicht für notwendig gehalten habe. Richtig ist, dass das Bundesversicherungsamt dem Bundesministerium für Gesundheit seinerzeit die Frage gestellt hatte, ob die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage „für“ derartige Vereinbarungen erwogen werde und ob eine solche Gesetzesänderung denkbar erscheine. Das Bundesministerium für Gesundheit antwortete seinerzeit, dass es von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit keine Initiative geben werde, dem Gesetzgeber Regelungen vorzuschlagen, die die vorgenannten Vereinbarungen legitimieren.

Das Bundesministerium für Gesundheit prüft zur Zeit, welche Maßnahmen erforderlich sind, um das Verfahren der Abrechnungsprüfungen von Krankenhausabrechnungen einheitlicher und effektiver zu gestalten.

Es existiert heute zwar ein umfangreiches Berichtswesen zu den Tätigkeiten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) – soweit für ihre Tätigkeit erforderlich – eine amtliche Statistik zur Krankenhausabrechnungsprüfung

insgesamt wird jedoch nicht geführt, sodass bestimmte Angaben (z. B. zu den beauftragenden Krankenkassen) bisher nicht systematisch erfasst werden und statistisch ausgewertet werden können. Zur Beantwortung der vorliegenden Kleinen Anfrage wurde deshalb eine Abfrage beim Bundesversicherungsamt, bei den Aufsichtsbehörden der Länder, beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vorgenommen.

1. a) Wie viele Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur pauschalen Kürzung von Krankenhausrechnungen sowie zum Verzicht auf Abrechnungsprüfungen existierten oder existieren nach Kenntnis der Bundesregierung, und wie hoch ist das daraus bei den Krankenhäusern durch solche Vereinbarungen insgesamt entstandene Volumen von Rechnungskürzungen?

Das Bundesversicherungsamt hat in seiner Stellungnahme darauf hingewiesen, dass die Vereinbarungen über „pauschale Kürzungen von Krankenhausrechnungen“ von den seiner Aufsicht unterliegenden Krankenkassen mit dem Ziel geschlossen wurden, grundsätzlich auf Abrechnungsprüfungen in Einzelfällen zu verzichten. Insofern könne eine Aufgliederung in Vereinbarungen über „pauschale Kürzungen von Krankenhausrechnungen“ und solchen, die zum „Verzicht auf Abrechnungsprüfungen“ geschlossen wurden, nicht im Einzelnen erfolgen.

Nach Angaben des Bundesversicherungsamtes haben bundesunmittelbare Krankenkassen insgesamt 562 Vereinbarungen mit Krankenhäusern geschlossen, wovon 47 zwischenzeitlich beendet wurden. Soweit es den Prüffeststellungen zu entnehmen sei, betrug das Volumen von Rechnungskürzungen im Zeitraum von 2013 bis 2016 insgesamt 62,27 Mio. Euro.

Von Seiten der Aufsichtsbehörden der Länder liegen 14 Rückmeldungen vor. Aus 13 Ländern wurde zu dieser Frage Fehlanzeige gemeldet. Allein Rheinland-Pfalz wies drei Vereinbarungen mit Krankenhäusern aus. Das Volumen der Rechnungskürzungen aus den Vereinbarungen in Rheinland-Pfalz belief sich im Jahr 2017 auf insgesamt 43.014,30 Euro.

b) Wie viele Krankenkassen hatten oder haben nach Kenntnis der Bundesregierung solche Vereinbarungen mit Kliniken abgeschlossen?

Nach Informationen des Bundesversicherungsamtes konnten bislang bei sechs bundesunmittelbaren Krankenkassen entsprechende Vereinbarungen mit Kliniken ermittelt werden. Hiervon hätten zwei Krankenkassen ihre Vereinbarungen zwischenzeitlich gekündigt. Bei den anderen vier Kassen seien aufsichtsrechtliche Verfahren eingeleitet worden.

Von Seiten der Aufsichtsbehörden der Länder liegen 14 Rückmeldungen vor. Aus 13 Ländern wurde zu dieser Frage Fehlanzeige gemeldet. Allein Rheinland-Pfalz wies darauf hin, dass eine Krankenkasse entsprechende Vereinbarungen mit Kliniken geschlossen hätte.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

c) Auf wie viele Abrechnungsfälle haben sich diese Vereinbarungen nach Kenntnis der Bundesregierung insgesamt ausgewirkt (bitte in absoluten und prozentualen Zahlen darstellen – soweit möglich jährlich seit Bestehen dieser Vereinbarungen)?

Nach Informationen des Bundesversicherungsamtes ergibt sich aus den Prüffeststellungen nur in Bezug auf eine bundesunmittelbare Krankenkasse die Möglichkeit, absolute Zahlen bzw. prozentuale Angaben auszuweisen. Im Jahr 2013 haben sich die Vereinbarungen dieser Krankenkasse mit Krankenhäusern auf 88.887 Abrechnungsfälle ausgewirkt (prozentualer Anteil: 14,49 Prozent), im Jahr 2014 auf 101.532 Abrechnungsfälle (16,43 Prozent), im Jahr 2015 auf 107.581 Abrechnungsfälle (17,55 Prozent) und im Jahr 2016 auf 94.408 Abrechnungsfälle (16,27 Prozent).

Von Seiten der Aufsichtsbehörden der Länder liegen 14 Rückmeldungen vor. Aus 13 Ländern wurde zu dieser Frage Fehlanzeige gemeldet. Allein Rheinland-Pfalz bezifferte die Anzahl pauschaler Kürzungen auf 133, bezogen auf etwa 8 000 Krankenhausfälle im Jahr 2017. Dies entspricht einem Anteil von 1,66 Prozent.

2. Wie hoch waren die vereinbarten pauschalen Rechnungskürzungen in den der Bundesregierung bekannten Fällen, und in welcher Höhe variieren diese nach bestimmten Kriterien?

Nach Informationen des Bundesversicherungsamtes sehen Vereinbarungen zwischen bundesunmittelbaren Krankenkassen und Krankenhäusern pauschale Kürzungen in der Höhe zwischen 1 Prozent und 50 Prozent vor. Beispielsweise wurde eine pauschale Kürzung in Höhe von 8 Prozent auf den jeweils geltenden Pflegesatz der in Rechnung gestellten Abrechnungsfälle vereinbart. Ferner wurden mit Krankenhäusern Quoten zwischen 3,5 Prozent und 10 Prozent verhandelt, die entweder von jeder Rechnungssumme oder nachträglich quartalsweise oder jährlich vom Gesamtumsatz abgezogen werden. Eine Krankenkasse vereinbarte mit einem Krankenhaus, die erste bis zur 285. Abrechnung um 22 Prozent und vom 286. bis zum 350. Fall um 50 Prozent zu reduzieren. Eine andere Krankenkasse nahm wiederum pauschale Abzugsbeträge in Höhe von 1,75 Prozent bis 20 Prozent vor und unterschied dabei, ob das Krankenhaus von einer Beteiligungsgesellschaft der Krankenkasse betrieben wurde.

Von Seiten der Aufsichtsbehörden der Länder lagen als Grundlage für die Beantwortung insgesamt 14 Rückmeldungen vor. Aus 13 Ländern wurde zu dieser Frage Fehlanzeige gemeldet. Allein Rheinland-Pfalz wies darauf hin, dass das Einsparpotential bei 30 bis 50 Prozent liege, je nachdem ob in Sondervereinbarungen festgesetzte pauschale Kürzungen zum Ansatz kamen oder eine Kürzung auf die untere Grenzverweildauer erfolgte.

3. Wie hat sich der Anteil der durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüften Krankenhausabrechnungen (Prüfquote) nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2007 entwickelt (bitte jährlich darstellen), und wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

Der Anteil der im Auftrag der Krankenkassen von den MDK geprüften Krankenhausleistungen an allen stationär versorgten Behandlungsfällen vom Jahr 2008 (Anmerkung: Zahlen aus dem Jahr 2007 liegen nicht vor) bis zum Jahr 2017 kann der folgenden Tabelle entnommen werden. Die der Berechnung der Anteile zugrunde liegende Anzahl stationär versorgter Behandlungsfälle stammt vom Statistischen Bundesamt. Die Anzahl der von den MDK bearbeiteten Gutachten zu Krankenhausleistungen wurden vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Bund der Krankenkassen (MDS) mitgeteilt, wobei nur Gutachten der MDK zu Krankenhausleistungen außerhalb einer sozialmedizinischen Fallberatung berücksichtigt wurden.

Jahr	Quote MDK-Gutachten zu Krankenhausfällen in Prozent
2008	7 Prozent
2009	7,4 Prozent
2010	7,7 Prozent
2011	8,6 Prozent
2012	9,6 Prozent
2013	9,9 Prozent
2014	9,9 Prozent
2015	10,4 Prozent
2016	10,5 Prozent
2017	11,9 Prozent

Bezogen auf die in den letzten Jahren steigenden Anteile prüft das Bundesministerium für Gesundheit, wie ein weiterer Anstieg dieser Prüfquote vermieden oder diese Prüfquote ggf. sogar verringert werden kann, um insbesondere die MDK zu entlasten.

4. a) Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2007 der Anteil derjenigen Abrechnungsprüfungen entwickelt, bei denen fehlerhafte Abrechnungen festgestellt wurden (bitte jährlich darstellen), und wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

Der Bundesregierung liegen zu dieser Frage keine eigenen Erkenntnisse vor.

Nach Informationen des GKV-Spitzenverbandes zur Abrechnungsprüfung aus dem Jahr 2014, die auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes abrufbar sind, hat sich die Erfolgsquote der MDK-Prüfungen in den Jahren 2007 bis zum 1. Halbjahr 2013 wie folgt entwickelt (Quelle: Faktenblatt zur Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern, herausgegeben am 6. Juni 2014 von der Pressestelle des GKV-Spitzenverbandes). Aktuellere Zahlen hat der GKV-Spitzenverband nicht übermittelt.

Jahr	Erfolgsquote MDK-Gutachten
2007	35,4 Prozent
2008	39,2 Prozent
2009	42,6 Prozent
2010	45,6 Prozent
2011	51,7 Prozent
2012	52,99 Prozent
1. Halbjahr 2013 (vorläufige Zahlen)	52,77 Prozent

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

b) Welche Ursachen sieht die Bundesregierung für fehlerhafte Abrechnungen?

Die Schwerpunkte der Abrechnungsprüfung liegen bei der Überprüfung der stationären Behandlungsnotwendigkeit und der Dauer der stationären Behandlung. Die Überprüfung der Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen rangiert mit deutlichem Abstand hinter diesen Hauptprüfgründen (Quelle: Frühjahrsumfrage von „medinfoweb.de – Der Gesundheitsmarkt im Überblick“ aus dem Jahr 2014).

Diese Schwerpunkte der Abrechnungsprüfung lassen darauf schließen, dass die Ursachen für fehlerhafte Abrechnungen in der fraglichen Notwendigkeit einer stationären Behandlung insgesamt oder in deren Dauer sowie in der nicht korrekten Kodierung mit Abrechnung höherer Fallpauschalen liegen.

5. a) Wie viele bei der so genannten Dunkelverarbeitung durch die maschinelle Prüfung als auffällig identifizierte Fälle wurden nach Kenntnis der Bundesregierung anschließend einer weiteren manuellen Prüfung zugeführt (bitte jährlich seit 2007 darstellen), und wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

b) Nach welchen Kriterien werden bei der maschinellen Prüfung Fälle als auffällig identifiziert, und sind diese einheitlich für alle Krankenkassen?

c) Trifft es zu, dass derzeit nur etwa ein Viertel der maschinell als auffällig identifizierten Fälle anschließend manuell geprüft werden, und worauf führt die Bundesregierung dies zurück?

Der Bundesregierung liegen zu diesen krankenkasseninternen Betriebsabläufen keine Erkenntnisse vor.

6. a) Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2007 bezogen auf alle gesetzlichen Krankenkassen die so genannte Rückerstattungsquote (Anteil der infolge fehlerhafter Abrechnungen durch die Krankenkassen zurückgeforderten Rechnungsbeträge bezogen auf die gesamten Krankenhausausgaben der GKV) entwickelt (bitte jährlich darstellen), und wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

b) Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die in Frage 6a genannte Rückerstattungsquote seit 2007 bezogen auf die Kassenarten entwickelt (soweit möglich bitte jährlich darstellen), und wie beurteilt die Bundesregierung ggf. bestehende Unterschiede?

Der Bundesregierung liegen zu diesen Fragen keine eigenen Erkenntnisse vor.

Auf der Grundlage des in der Antwort auf Frage 4a genannten Faktenblatts des GKV-Spitzen-verbandes beliefen sich die Rückzahlungen von den Krankenhäusern an die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2011 auf 1,49 Mrd. Euro und im Jahr 2012 auf 1,70 Mrd. Euro. Für das Jahr 2013 schätzte der GKV-Spitzenverband die Rückzahlungen auf 1,52 Mrd. Euro.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

7. a) Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der jährliche finanzielle Aufwand bei den gesetzlichen Krankenkassen für die Prüfung von Abrechnungen und für die Rückforderung ggf. zu viel gezahlter Beträge (wenn möglich bitte jährlich seit 2007 darstellen)?

   b) Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der jährliche finanzielle Aufwand bei den Krankenhäusern im Zusammenhang mit den gesetzlichen Abrechnungsprüfungen (wenn möglich bitte jährlich seit 2007 darstellen)?

Der Bundesregierung liegen keine belastbaren Informationen darüber vor, wie hoch der jährliche finanzielle Aufwand bei Krankenkassen und Krankenhäusern im Zusammenhang mit den gesetzlichen Abrechnungsprüfungen ist.

8. a) In wie vielen Fällen zahlten die gesetzlichen Krankenkassen nach Kenntnis der Bundesregierung die Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1c Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V (bitte jährlich seit Einführung dieser Regelung darstellen)?

   b) Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Gesamtsumme der an die Krankenhäuser gezahlten Aufwandspauschalen nach § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V seit Einführung dieser Regelung entwickelt (wenn möglich bitte jährlich darstellen)?

Nach Informationen des GKV-Spitzenverbandes hat sich die Zahlung der Aufwandspauschalen nach § 275 Absatz 1c Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wie nachfolgend dargestellt entwickelt.

Jahr	Fälle mit Aufwandspauschale	Entgeltsumme in Euro
2007	180.391	18.149.282
2008	365.678	36.821.772
2009	374.130	83.608.881
2010	378.443	113.524.767
2011	391.445	117.415.990
2012	417.588	125.265.050
2013	432.337	129.620.858
2014	443.247	132.948.162
2015	523.235	156.911.903
2016	600.197	180.019.414
2017	655.921	196.812.503

Grundlage dieser Übersicht sind die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Der GKV-Spitzenverband weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese Daten für eine exakte Abbildung nicht geeignet und wegen Verzögerungen bei der Abrechnung und Abrechnungsprüfung nicht vollständig seien. Der GKV-Spitzenverband wies zudem darauf hin, dass ihm die Abrechnungsdaten der Krankenkassen selbst nicht zur Verfügung stünden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

9. In wie vielen Fällen ist es nach Kenntnis der Bundesregierung zur Bestellung einer unabhängigen Schiedsperson nach § 17c Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) gekommen (bitte jeweils für die Jahre 2016 und 2017 darstellen)?

Nach Informationen der Aufsichtsbehörden aus 14 Ländern wurde in den Jahren 2016 und 2017 keine unabhängige Schiedsperson nach § 17c Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) bestellt.

10. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass Vereinbarungen zur pauschalen Rechnungskürzung und zum Verzicht auf die nach § 275 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Prüfungen zulässig sind?

    Wenn ja, auf welche Rechtsgrundlage stützen sich solche Vereinbarungen nach Auffassung der Bundesregierung?

Auf die Ausführungen der Bundesregierung in der Vorbemerkung und die Antwort zu den Fragen 11 bis 13 wird verwiesen.

11. Seit wann genau (bitte Datumsangabe) hat die Bundesregierung Kenntnis von solchen Sondervereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur pauschalen Kürzung von Krankenhausrechnungen sowie zum Verzicht auf Abrechnungsprüfungen?

12. Was hat die Bundesregierung seitdem konkret unternommen, um gegen solche Vereinbarungen vorzugehen bzw. deren Abschluss zu verhindern?

13. Welche Aktivitäten beabsichtigt die Bundesregierung künftig konkret, um solche Vereinbarungen zu beenden bzw. den weiteren Abschluss solcher Vereinbarungen zu verhindern?

Die Fragen 11 bis 13 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Bundesministerium für Gesundheit wurde mit Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 15. Juli 2016 darüber informiert, dass eine bundesunmittelbare Krankenkasse Sondervereinbarungen mit Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung von Krankenhäusern abgeschlossen habe. Anlass dieses Schreibens war eine aufsichtsrechtliche Prüfung der betreffenden Krankenkasse, die zum damaligen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen war.

Dem Bundesversicherungsamt wurde daraufhin mit Schreiben vom 28. Juli 2016 mitgeteilt, dass das Bundesministerium für Gesundheit derartige Vereinbarungen rechtlich sehr kritisch betrachte. Gleichzeitig wurde das Bundesversicherungsamt darum gebeten, weitere Krankenkassen zu benennen, die nach dortiger Kenntnis vergleichbare Vereinbarungen mit Krankenhäusern getroffen haben.

In einem weiteren Schreiben vom 20. Dezember 2016 wies das Bundesversicherungsamt darauf hin, dass zwei weitere bundesunmittelbare Krankenkassen derartige Sondervereinbarungen abgeschlossen hätten.

Mit Antwort vom 26. Januar 2017 wurde dem Bundesversicherungsamt nochmals die Rechtsauffassung des Bundesministeriums für Gesundheit bestätigt, nach der Sondervereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnungen dieser Krankenhäuser, die unabhängig von der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Krankenhausabrechnung erhoben werden, sehr kritisch betrachtet werden. Ergänzend wurde darauf hingewiesen, dass bei Zweifeln an der Wirtschaft-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

lichkeit oder an der richtigen Abrechnung von Krankenhausleistungen die bestehenden gesetzlichen Regelungen zum Umgang damit als ausreichend angesehen werden (§ 17c Absatz 2 KHG i. V. m. § 275 Absatz 1c SGB V). Angeregt wurde zudem, dass das Bundesversicherungsamt die Thematik bei den regelmäßig stattfindenden Arbeitstagungen der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vorbringt.

In der Folge war die Thematik Gegenstand der 90. Aufsichtsbehördentagung am 11. und 12. Mai 2017 und der 92. Aufsichtsbehördentagung am 11. und 12. Mai 2018. Ein gemeinsamer Beschluss wurde jeweils nicht gefasst. Da jedoch eine bundeseinheitliche Aufsichtspraxis nur im Einvernehmen zwischen dem Bundesversicherungsamt und sämtlichen Aufsichtsbehörden der Länder erreicht werden kann, wird – auch im Lichte der Prüfungsmitteilung des Bundesrechnungshofes und der nunmehr vorliegenden Rückmeldungen aus den Ländern – zu prüfen sein, welche nächsten Schritte geeignet sind, um in der Sache eine einheitliche Aufsichtspraxis zu erreichen.

14. Inwieweit wird die Bundesregierung die in den genannten Presseberichten erwähnten Vorschläge des Bundesrechnungshofes zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung wie gemeinsame Auffälligkeitsprüfungen, gemeinsame Stichprobenprüfungen und turnusmäßige Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) umsetzen?

    Falls nicht, warum nicht?

15. Was spricht aus Sicht der Bundesregierung für und was gegen ein einheitliches Prüfverfahren des MDK anstelle der bisherigen Einzelfallprüfung?

16. In welcher Weise wird die Bundesregierung die in Presseberichten (vgl. Handelsblatt.com vom 3. August 2018) zitierte Empfehlung des Bundesrechnungshofes umsetzen, zur dauerhaften Verminderung des Prüfaufwandes für Krankenkassen Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser zu stärken?

17. Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem Vorschlag u. a. des Bundesrechnungshofes einer von Krankenhäusern zu zahlenden Aufwandspauschale (vgl. Bundesrechnungshof, Bemerkungen 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes – Weitere Prüfungsergebnisse, Teil II Einzelne Prüfungsergebnisse, Bundesministerium für Gesundheit), wenn bei der Begutachtung durch den MDK eine fehlerhafte Abrechnung bestätigt wurde?

Die Fragen 14 bis 17 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Mitteilung des Bundesrechnungshofes an das Bundesministerium für Gesundheit über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist vorläufig und wird zur Zeit durch das Bundesministerium für Gesundheit geprüft. Die Frist zur Stellungnahme dauert noch an. Dem Bundesrechnungshof wird fristgerecht eine Stellungnahme zugehen. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung Bezug genommen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

18. Was hat die Bundesregierung konkret seit der Aufforderung des Bundesrechnungshofes von 2011 unternommen, angesichts der „hohen Fehleranfälligkeit des Systems und der immensen finanziellen Auswirkungen“

a) eine Vereinfachung des DRG-Systems,

b) Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser sowie

c) effektivere Kontrollverfahren der Krankenkassen

zu prüfen (vgl. Bundesrechnungshof, Pressemitteilung vom 12. April 2011)?

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) können unabhängig von gesetzlichen Regelungen im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems zur Reduzierung von Streitfällen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung beitragen. Insbesondere durch eine Verminderung oder Beseitigung von unterschiedlichen DRG-Eingruppie-rungen können das Streitpotenzial und die Zahl der Anlässe von Prüfungen durch den MDK reduziert werden. Den vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich vorgelegten Abschlussberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ist zu entnehmen, dass hier in den letzten Jahren verschiedene Anstrengungen unternommen wurden. Zuletzt, also für das DRG-System 2018, haben sich beispielsweise Verbesserungen bzw. Vereinfachungen bei der Thematik der Geburtshilfe und der Gefäßchirurgie ergeben. Bestehende Potenziale gilt es hier konsequent weiter zu erschließen.

Unabhängig hiervon wurden in der Vergangenheit auch die gesetzlichen Regelungen zur Krankenhausabrechnungsprüfung im Rahmen verschiedener Gesetzgebungsverfahren weiterentwickelt. Zu nennen sind hier insbesondere Regelungen, die im Jahr 2013 mit dem Beitragsschuldengesetz auf den Weg gebracht wurden:

a) Zur Gestaltung einer effektiveren und konsensorientierteren Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG) mit der näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens beauftragt. Zum 1. September 2014 trat die erste Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) in Kraft und galt für Aufnahmen ab dem 1. Januar 2015. Nach der Kündigung der Vereinbarung durch die DKG am 18. Juni 2015 zum Jahresende 2015 haben die Vertragsparteien umgehend Neuverhandlungen aufgenommen. Sie haben sich im Februar 2016 auf eine neue PrüfvV geeinigt. Die neue PrüfvV ist zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Mit ersten Ergebnissen zu den Auswirkungen der PrüfvV ist noch im Jahre 2018 zu rechnen.

b) Zur Eindämmung von wiederholt strittigen Sachverhalten und des damit verbundenen Verwaltungsaufwands wurden ebenfalls die Vertragsparteien auf Bundesebene damit beauftragt, einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zu bilden. Dieser hat die Aufgabe, streitbefangene Kodier- und Abrechnungsfragen mit grundsätzlicher Bedeutung verbindlich und eigenständig zu entscheiden.

In die Reihe von Maßnahmen, die zur Entlastung der Sozialgerichte beitragen sollten, fügt sich die Verständigung auf eine unabhängige Schlichtungsperson zur Beilegung von Streitigkeiten ein. Diese mit dem Krankenhausstrukturgesetz im Jahr 2015 eingeführte Möglichkeit besteht bis heute.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Außerdem wurde mit dem Krankenhausstrukturgesetz eine anlässlich einer anderweitigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (B 1 KR 29/13 R und B 1 KR 22/16) erforderliche Klarstellung vorgenommen, dass sich die Fristen- und Anzeigeregelung sowie die Regelung zur Aufwandspauschale auf jede Prüfung (sachlich-rechnerische Prüfung und Auffälligkeitsprüfung) bezieht, mit der der MDK beauftragt wird.

Es wurden überdies mit der modellhaften Erprobung von Auffälligkeitsprüfungen auf Basis der der Daten nach § 21 KHEntgG und der Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene weitere gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen, die jeweils nicht die gesetzten Ziele erreicht haben und deshalb im Jahr 2015 wieder aufgehoben wurden.

19. Aus welchen Gründen haben die Landesaufsichten nach Kenntnis der Bundesregierung das vom Bundesversicherungsamt (BVA) beabsichtigte Verbot von Vereinbarungen zur pauschalen Kürzung von Krankenhausrechnungen sowie zum Verzicht auf Abrechnungsprüfungen verhindert?

Der vom Bundesversicherungsamt im Rahmen der letzten Aufsichtsbehördentagung am 23./24. Mai 2018 vorgeschlagene Beschluss, solche Sondervereinbarungen aufsichtsrechtlich nicht zu tolerieren, wurde nicht gefasst. Zur Erörterung des aktuellen Sachstandes fand lediglich ein Meinungsaustausch statt. Einzelheiten und Gründe für das Abstimmungsverhalten der Landesaufsichten sind der Bundesregierung nicht bekannt.

20. a) Auf welche Weise will die Bundesregierung nach dem Scheitern der Bemühungen des BVA auf der 90. und 92. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger auf eine gemeinsame und rechtskonforme Aufsichtspraxis der Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern in der Frage der Sondervereinbarungen hinwirken?

b) Inwieweit sieht die Bundesregierung es als zulässigen Ansatz an, auf aufsichtsrechtliche Maßnahmen des BVA gegenüber bundesunmittelbaren Krankenkassen zu verzichten, um eine einheitliche und bundesunmittelbare Krankenkassen im Wettbewerb mit landesunmittelbaren Krankenkassen nicht benachteiligende Aufsichtspraxis zu erreichen?

Das Bundesministerium für Gesundheit prüft, ob und welche Maßnahmen in dieser Sache erforderlich sind. Insoweit wird ergänzend auf die Antwort zu den Fragen 11 bis 13 verwiesen.

21. Auf welche Weise wird die Bundesregierung konkret auf eine grundsätzliche Neuordnung der Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen hinwirken?

Plant sie entsprechende Gesetzesinitiativen, und wenn nein, warum nicht?

Einheitliche Grundsätze und Verfahren bei der Aufsicht sind insbesondere zur Gewährleistung einheitlicher Wettbewerbsbedingungen wichtig. Ob und inwieweit gesetzliche Änderungen zur Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen für den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig und sinnvoll sind, wird geprüft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

22. Wie bewertet die Bundesregierung die in Pressemeldungen zitierte Einschätzung, wonach Kliniken die vereinbarten Rechnungskürzungen bereits im Vorfeld eingepreist haben könnten (vgl. Handelsblatt.com vom 3. August 2018)?

Die Bundesregierung hat keine Hinweise darauf, dass Krankenhäuser etwaige mit den Krankenkassen vereinbarte Rechnungskürzungen bereits im Vorfeld eingepreist haben könnten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333